



PRATIQUE CENTRÉE SUR LA PERSONNE DANS UN CONTEXTE DE RÉFORME : UNE ÉTUDE EXPLORATOIRE AUPRÈS D'ERGOTHÉRAPEUTES QUÉBÉCOIS

Véronique Tremblay¹, Martine Brousseau²

¹ Étudiante à la maîtrise en ergothérapie, Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières, Canada

² Ergothérapeute, PhD, Professeure titulaire, Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières, Canada

Adresse de contact : veronique.tremblay3@uqtr.ca

Reçu le 15.01.2018 – Accepté le 11.09.2019

La **Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie** est publiée par CARAFE, la Communauté pour l'Avancement de la Recherche Appliquée Francophone en Ergothérapie

doi:10.13096/rfre.v6n1.102

ISSN: 2297-0533. URL: <https://www.rfre.org/>



RÉSUMÉ

Peu d'études empiriques ont examiné la pratique centrée sur la personne des ergothérapeutes en tenant compte du contexte de la santé et des services sociaux. À la suite des réorganisations administratives au Québec, les ergothérapeutes font face au défi de maintenir les meilleures pratiques dans leur milieu. Comment est-il possible de maintenir une pratique centrée sur la personne dans un tel contexte ? Par conséquent, l'objectif de la présente étude est de décrire les perceptions d'ergothérapeutes québécois de leur pratique centrée sur la personne dans le contexte actuel des restructurations du réseau de la santé et des services sociaux. Une étude exploratoire descriptive a été réalisée via un sondage à l'aide d'un questionnaire électronique. Cent-huit ergothérapeutes québécois, âgés de 25 à 56 ans, ont répondu au sondage. Une majorité des répondants partagent l'opinion qu'ils font face à des directives fluctuantes pour l'organisation des services à l'intérieur de leur programme (72,2 %), qu'ils doivent évaluer les patients, intervenir auprès d'eux et les transférer à un rythme plus rapide (72,2 %), sont contraints de donner des services morcelés à la clientèle (67,6 %) et font face à des incertitudes quant à leur rattachement à un programme (60,2 %), ce qui décrit en partie leur perception du contexte dans lequel ils travaillent. Parmi les répondants, 25,3 % ne considèrent pas avoir une pratique centrée sur la personne. L'étude a montré que certains éléments de la pratique centrée sur la personne sont difficiles à mettre en pratique, soit : impliquer les proches du patient pendant tout le processus, que le patient établisse ses propres objectifs et adopter une perspective écologique de celui-ci.

MOTS-CLÉS

Pratique centrée sur la personne, Ergothérapie, Perception, Restructuration, Réseau de la santé et des services sociaux, Ergothérapeutes québécois

PERSON-CENTERED PRACTICE IN A CONTEXT OF REFORM: AN EXPLORATORY STUDY OF QUEBEC OCCUPATIONAL THERAPISTS

ABSTRACT

Few empirical studies have examined the practice of occupational therapists within the context of health services. Following administrative reorganizations in Quebec, occupational therapists face the challenge of maintaining best practices in their community. How is it possible to maintain a person-centered practice in such a context? Therefore, the objective of this study is to describe the perceptions of occupational therapists in Quebec about their person-centered practice in the current context of health system reorganization. A descriptive exploratory study was conducted via a survey using an electronic questionnaire. 108 occupational therapists from Quebec, aged 25 to 56, completed the survey. Respondents agree that they face fluctuating explanations for organizing services within their program (72,2%), need to assess, intervene and transfer patients at a faster pace (60,2%), are forced to provide fragmented services to clients (67,6%) and face uncertainties about their attachment to a program (60,2%), what describe their perception of the context in which they work. Among the respondents, 25,3% do not consider having a person-centered practice. The study has shown that some elements of the person-centered practice are difficult for respondents to implement: patient's relatives being engaged throughout the whole process, patient sets his own objectives and therefore adopting an ecological perspective.

KEYWORDS

Person-centered practice, Occupational therapy, Perception, Restructuration, Health care system, Quebec, Occupational therapists

INTRODUCTION

Les systèmes de santé dans le monde entier se réorganisent de façon périodique dans le but de fournir des services aux citoyens avec le plus d'efficacité possible. Celui du Québec n'y échappe pas (Grenier et Bourque, 2014). La récente réforme du système de santé a entraîné la centralisation des services, notamment par la suppression d'un palier administratif, l'abolition des agences régionales et la fusion de 182 Centres de santé et de services sociaux (CSSS) en 28 entités (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014). Cette restructuration a fait beaucoup de remous. À cet égard, la Coalition solidarité santé (CSS), qui a pour mission de défendre les grands principes qui ont mené à la mise sur pied du système de santé québécois, a effectué une revue médiatique concernant la récente restructuration (Coalition solidarité santé, s. d.). Celle-ci a dénombré un total de 948 éditoriaux témoignant de l'impact de la restructuration sur les travailleurs de la santé ainsi que sur les services donnés aux citoyens. Les inquiétudes des syndicats, l'épuisement des cadres et des infirmières, la détérioration du climat de travail sont des sujets abordés dans les éditoriaux. Par ailleurs, à la fois un sondage réalisé auprès de 6980 travailleurs de la santé par l'Alliance du personnel technique et professionnel de la santé et des services sociaux (APTS) et un mémoire conjoint de plusieurs ordres professionnels (Mémoire interordres, 2014) ont relevé la question du maintien des bonnes pratiques par les professionnels de la santé dans un contexte de réorganisation, compte tenu de l'impact sur la santé psychologique des travailleurs (APTS, 2017 ; Mémoire interordres, 2014). Les meilleures pratiques en ergothérapie sont-elles appliquées dans le contexte de la dernière restructuration ? Parmi ces meilleures pratiques, la pratique centrée sur la personne apparaît comme un incontournable. La pratique centrée sur la personne en ergothérapie est-elle toujours possible dans le contexte actuel des services de santé ? Le présent article présente les résultats d'une étude empirique réalisée auprès d'ergothérapeutes québécois visant à répondre à cette question de recherche.

RECENSION DES ÉCRITS

Les meilleures pratiques en ergothérapie reposent sur les fondements théoriques de la profession, et l'une d'elles est la pratique centrée sur la personne (Association canadienne des ergothérapeutes, 2012). Des preuves scientifiques de haut niveau, telles qu'évaluées dans des revues systématiques, soutiennent que cette pratique a des effets désirables sur le plan de la satisfaction et de l'engagement des personnes concernées (Lequerica, Donnell et Tate, 2009 ; Rathert, Wyrwich et Boren, 2013). Toutefois, seulement quelques études empiriques ont documenté la façon dont les ergothérapeutes perçoivent cette pratique (Che Daud, Judd, Yau et Barnett, 2016 ; De Haerne et Brousseau, 2017, 2018 ; Parker, 2012 ; Sumsion et Smyth, 2000 ; Wilkins, Pollock, Rochon et Law, 2001).

Les principes inhérents de la pratique centrée sur la personne sont : le partenariat thérapeutique, l'autonomie décisionnelle, le respect de la personne, la congruence contextuelle ainsi que l'habilitation aux occupations (Craik, Davis et Polatajko, 2013 ; Sumsion, 2000 ; Law, Baptiste et Mills, 1995 ; Sumsion et Law, 2006). En ergothérapie, cela signifie

respecter la personne en la considérant comme un partenaire tout au long de l'évaluation et de l'intervention ainsi qu'en l'impliquant dans les décisions puisqu'elle est reconnue comme l'experte de sa propre condition (Banks, Crossman, Poel et Stewart, 1997 ; Rosenbaum, King, Law, King et Evans, 1998 ; Sumsion, 1993). Ainsi, selon une pratique centrée sur la personne, les ergothérapeutes accompagnent, guident la personne et favorisent son engagement en adaptant les interventions afin qu'elles concordent avec ce qui lui est significatif (Law, Baptiste et Mills, 1995). De plus, les ergothérapeutes tiennent toujours compte du contexte de vie de la personne puisque la relation dynamique entre cette dernière et son environnement détermine, entre autres, l'organisation et le choix de ses occupations ainsi que la performance dans ses occupations (Craik, Davis et Polatajko, 2013).

Les études empiriques vérifiant la mise en œuvre de la pratique centrée sur la personne en ergothérapie ont documenté la perception d'ergothérapeutes de pays anglo-saxons (Parker, 2012 ; Wilkins, Pollock, Rochon et Law, 2001), en Malaisie (Che Daud, Judd, Yau et Barnett, 2016) et en France (De Haerne et Brousseau, 2017, 2018). Les résultats de ces études montrent qu'une majorité d'ergothérapeutes (93 % dans l'étude de Parker [2012], auprès de 58 ergothérapeutes du Royaume-Uni) considèrent avoir une pratique centrée sur la personne, car ils écoutent les clients, respectent leurs valeurs, travaillent en partenariat avec eux, les impliquent activement dans les objectifs à atteindre, respectent leurs choix. Che Daud, Judd, Yau et Barnett (2016) ont trouvé que c'est parfois le manque de connaissances, de créativité et d'habiletés qui freinent l'approche centrée sur la personne et ses occupations. Une étude canadienne (Wilkins, Pollock, Rochon et Law, 2001) a plutôt montré les freins au recours de cette approche, soit les contraintes en matière de temps, les politiques et structures établies dans l'organisation, la compréhension de ce qu'est la pratique centrée sur la personne par le thérapeute ainsi que les enjeux liés au partage du pouvoir. L'étude de De Haerne et Brousseau (2018), réalisée auprès de 130 ergothérapeutes français, a davantage montré qu'il y avait un écart entre la perception de l'importance de la pratique centrée sur la personne et celle de la facilité à la mettre en pratique.

Dans cette dernière étude, 80 % des répondants français considèrent avoir une pratique centrée sur la personne. Par ailleurs, les participants rapportent de la difficulté à mettre en pratique certains principes de la pratique centrée sur la personne qu'ils jugent importants, entre autres, que la personne concernée établisse elle-même ses objectifs, que les proches soient impliqués pendant le processus ergothérapeutique, que le patient ait un rôle actif dans la thérapie et les interventions, qu'une perspective écologique du patient soit adoptée, que les objectifs soient négociés avec le patient, que les objectifs soient établis conjointement avec le patient, que les occupations significatives du patient soient prises en considération lors du choix des modalités thérapeutiques et que les activités significatives soient prises en compte dans l'établissement du plan d'intervention. Toutefois, toujours selon l'étude de De Haerne et Brousseau (2018), les répondants français semblent mieux parvenir à concrétiser dans leur pratique les principes voulant que le patient soit reconnu comme l'expert de sa maladie et de son handicap, qu'une alliance thérapeutique soit établie avec le patient, que l'engagement du patient soit soutenu et encouragé pendant tout le processus ergothérapeutique, que les valeurs du patient soient respectées, que le patient soit questionné quant à ses expériences antérieures, ses rêves et ses espoirs et que le patient soit écouté activement, ce qui se traduit dans l'étude

par un écart faible entre la perception de l'importance et de la perception de la facilité de mise en œuvre. Qu'une relation d'autorité soit établie avec le patient est le seul élément considéré par les répondants comme plus facile à mettre en œuvre qu'important.

Les pratiques professionnelles se déploient dans différents contextes de travail soumis à des restructurations. Une recension des écrits sur les réformes de santé a permis de répertorier des éditoriaux et des textes d'opinion faisant état de telles restructurations, notamment aux États-Unis, en Angleterre et en Nouvelle-Zélande (Braveman et Fisher, 1997 ; Fitzgerald, 2014 ; Mackersy, Robertson et McKay, 2003), ayant eu lieu dans différents contextes et à différents moments. Mais ces éditoriaux et textes d'opinion ne permettent pas de confirmer les craintes de ces auteurs quant au fait que les ergothérapeutes sont à risque de changer leur compréhension du métier d'ergothérapeute à la suite des changements de structure administrative. Ces opinions invitent toutefois à approfondir l'effet du contexte sur la pratique des ergothérapeutes. Comme le relevaient Craik, Davis et Polatajko (2013), reconnaître les divers contextes de travail permet de vérifier si la mise en application de la pratique centrée sur la personne est possible.

En 2001, Marazzani et Brousseau avaient étudié empiriquement les répercussions de la restructuration d'alors qui impliquait une réorganisation majeure des structures des établissements composant le système de santé par la création d'agences régionales de santé ainsi que par le regroupement des centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD), des centres locaux de services communautaires (CLSC) et des centres hospitaliers (CH) de soins généraux au sein de centres de santé et de services sociaux (CSSS). Leur recherche avait pour objectif, entre autres, de tracer un portrait des situations nouvelles dans lesquelles se trouvaient les ergothérapeutes à la suite des changements d'alors dans le réseau de la santé et des services sociaux. Les résultats de leur étude réalisée auprès de 118 répondants indiquaient que les situations nouvelles engendrées par la restructuration représentaient autant des obstacles que des opportunités pour faire valoir la plus-value de la profession. Plus précisément, devoir évaluer, intervenir et transférer les patients à un autre service à un rythme plus rapide ainsi qu'être contraint de donner des services morcelés à la clientèle étaient alors des situations nouvelles identifiées, tout comme avoir l'opportunité d'adopter de nouveaux rôles dans la pratique. Il y a lieu de se demander si ces situations sont également présentes dans le contexte actuel, tout comme il y a vingt ans.

Par ailleurs, Carrier, Levasseur, Freeman et Desrosiers (2016) soutiennent que le contexte dans lequel évoluent les huit ergothérapeutes de leur étude a influencé leur pratique. Cette étude visait à explorer comment la reddition de compte et l'optimisation de la performance (des aspects de restructuration) influençaient leur raisonnement clinique. Le constat était que leur raisonnement était modulé et parfois raccourci en raison des contraintes. Le contexte avait fait se modifier en partie leur discours et avait eu des conséquences sur leurs actions professionnelles, telles que recourir à des évaluations moins complètes et offrir des interventions parfois parcellaires auprès des clients vivant à domicile, les faisant s'éloigner ainsi de l'approche centrée sur la personne en ergothérapie.

En 2014, d'importants changements dans le contexte québécois des soins de santé et services sociaux ont occasionné une modification de l'organisation et de la gouvernance du réseau de la santé, comme on l'a vu plus haut dans le texte. Les ergothérapeutes évoluent donc dans un contexte de travail où l'organisation des soins aux personnes est modifiée (APTS, 2018), ce à quoi ils doivent s'adapter. Considérant cela, et au vu des études rapportées ci-dessus, il y a lieu de se demander si la pratique centrée sur la personne est toujours possible dans ce nouveau contexte.

MÉTHODES

L'étude s'appuie sur un devis descriptif mixte, en raison notamment des données qualitatives et quantitatives, à partir d'un échantillon de convenance et par réseau (Fortin et Gagnon, 2016). Selon Fortin et Gagnon (2016), ces types d'échantillons consistent à choisir des participants selon l'aisance à les joindre en un minimum de temps. Les participants potentiels ont ainsi été contactés via le groupe Facebook Ergothérapie Québec et par courriel. Le critère d'inclusion était de travailler comme ergothérapeute au sein du réseau public de santé et de services sociaux. La collecte des données a été réalisée par un questionnaire électronique publié sur la plateforme sécurisée *Evalandgo*. Il s'agit d'un logiciel de sondage, enquête et questionnaire en ligne gratuit permettant l'anonymat et la confidentialité des données. Le questionnaire électronique s'inspire de celui de Marazzani et Brousseau (2001) et De Haerne et Brousseau (2018). Il a fait l'objet d'un prétest sur le plan de la compréhension des questions par un répondant potentiel. Le questionnaire est présenté à l'annexe A ; il comprend des questions démographiques, des questions permettant de documenter la perception de la pratique en tant qu'ergothérapeute dans le contexte actuel de la santé et des questions sur la pratique centrée sur la personne. Les réponses aux questions, obtenues au moyen d'une échelle de réponse de type Likert, ont fait l'objet d'une analyse de fréquence, alors que les données qualitatives obtenues grâce aux questions ouvertes ont fait l'objet d'une analyse de contenu (Fortin et Gagnon, 2016). L'analyse de contenu a été réalisée à partir d'un codage manuel fait par la première chercheuse ainsi que validé par la seconde. Une analyse catégorielle a ensuite permis de regrouper les énoncés en thèmes mutuellement exclusifs se reliant aux principes de l'approche centrée sur la personne. Par la suite, une fois chacun des énoncés classés, la fréquence d'apparition a été calculée pour chaque thème en pourcentage. Pour l'analyse des réponses aux questions 11, 15 et 16 (voir annexe), les cotes 7, 6 et 5 sont regroupées (en accord) ainsi que 3, 2, et 1 (en désaccord). La cote 4 représente la catégorie neutre.

Finalement, la présente étude a reçu l'obtention d'un certificat éthique par le Comité d'éthique de la recherche auprès des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Ce dernier porte le numéro CER-17-232-07.04.

RÉSULTATS

Les premiers résultats présentés sont ceux obtenus aux questions portant sur les caractéristiques des répondants (1 à 10). Puis, les résultats se rattachant à la question 11 qui porte sur la perception qu'ont les répondants de la pratique en ergothérapie dans le contexte actuel sont présentés. Enfin, les résultats se rattachant aux questions 13, 14, 16 et 17 et qui portent sur la perception des ergothérapeutes quant à la pratique centrée sur la personne dans le contexte actuel sont détaillés.

Caractéristiques des répondants

Cent huit personnes ont répondu au questionnaire électronique. Le taux de réponse est difficile à mesurer. Toutefois, au moment de la collecte de données, le groupe Facebook Ergothérapie Québec avait environ 3500 membres. Par ailleurs, il n'existe pas de données sur le milieu de pratique des membres dans ce groupe. De plus, les membres qui sont étudiants en ergothérapie sont acceptés dans le groupe. Notons également que comme il y a au Québec 32 % des ergothérapeutes qui travaillent dans le secteur privé, il y a lieu de croire que plusieurs d'entre eux étaient aussi membres de ce groupe virtuel. Parmi les répondants, 92,6 % (n = 100) sont des femmes. L'âge moyen des répondants est de 36 ans (de 25 à 56 ans). Ces derniers ont en moyenne 12,6 années d'expérience (avec une étendue de 0,2 à 34 ans). Le tableau 1 présente la région d'exercice, l'établissement d'exercice, la population desservie ainsi que la clientèle principale des répondants. Les établissements publics d'exercice des répondants sont variés. Les principaux centres d'exercice sont les CLSC, les CH et les centres de réadaptation (CR). La population desservie la plus représentée est celle des personnes âgées et la clientèle principale des ergothérapeutes de la présente étude est vue pour une problématique de santé physique.

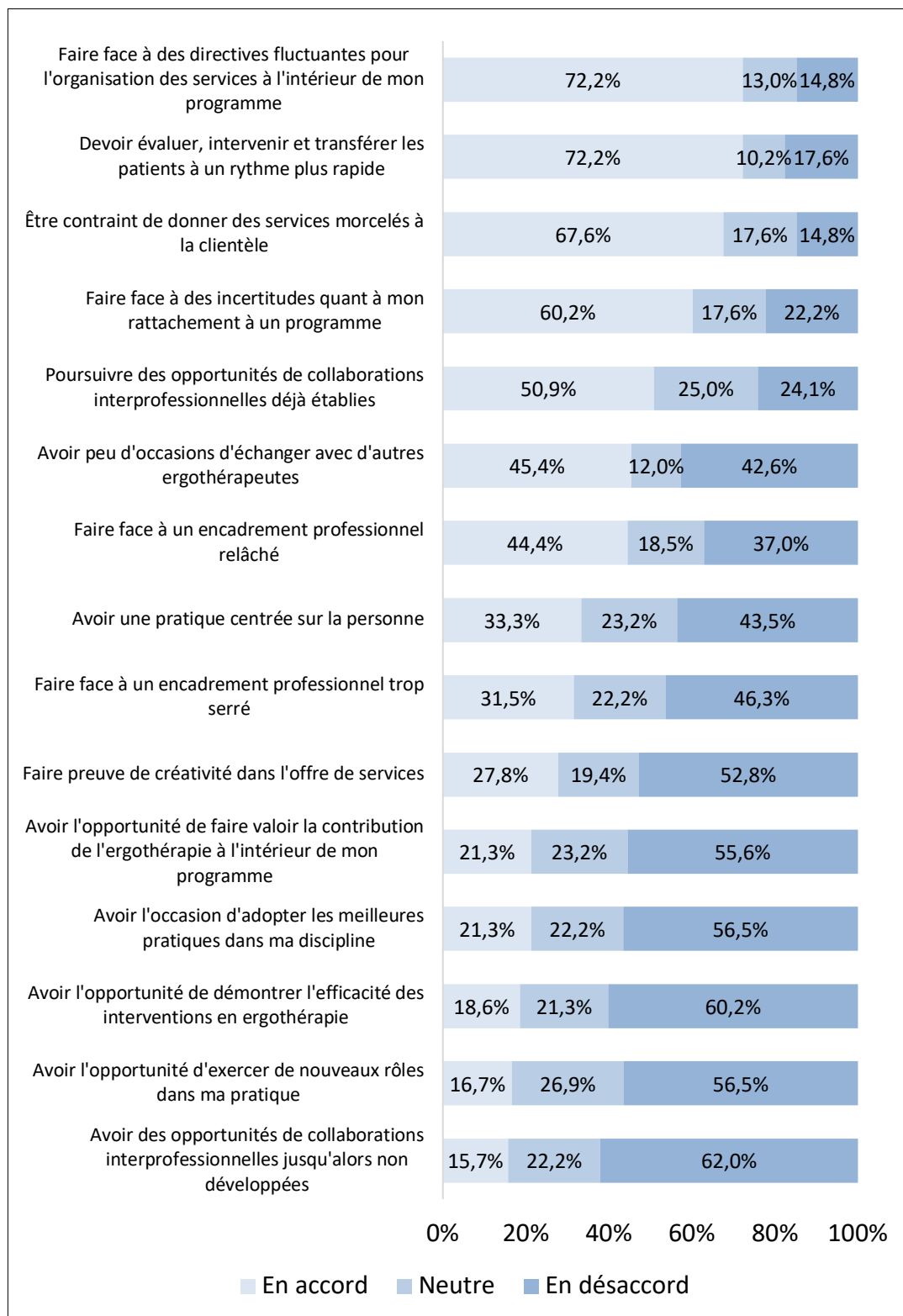
Perception des répondants de la pratique en ergothérapie dans le contexte actuel

À la question concernant la perception qu'ont les répondants de la pratique en ergothérapie dans le contexte du réseau de la santé et des services sociaux, 100 % (n = 108) des répondants ont fourni des réponses. La figure qui suit présente les trois différents niveaux d'accord (en accord, neutre, en désaccord) des répondants quant aux éléments qui caractérisent leur pratique dans le contexte actuel. Il est possible de constater que certains éléments caractérisent davantage que d'autres le contexte de la pratique des ergothérapeutes ayant participé à l'étude, tels que faire face à des directives fluctuantes pour l'organisation des services à l'intérieur de leur programme, devoir évaluer, intervenir et transférer les patients à un rythme plus rapide, être contraint de donner des services morcelés à la clientèle et faire face à des incertitudes quant à leur rattachement à un programme.

Tableau 1 : Région d'exercice, établissement d'exercice, population desservie et clientèle principale des répondants (n = 108)

Caractéristiques		n (%)
Région d'exercice	Mauricie	23,2 (25)
	Montréal	13,9 (15)
	Montérégie	9,3 (10)
	Centre-du-Québec	9,3 (10)
	Saguenay-Lac-Saint-Jean	8,3 (9)
	Lanaudière	7,4 (8)
	Laurentides	7,4 (8)
	Laval	5,6 (6)
	Bas-Saint-Laurent	4,6 (5)
	Capitale-Nationale	4,6 (5)
	Chaudière-Appalaches	2,8 (3)
	Abitibi-Témiscamingue	1,9 (2)
	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	0,9 (1)
	Outaouais	0,9 (1)
	Estrie	0,9 (1)
	Nord-du-Québec	0,0 (0)
Côte-Nord	0,0 (0)	
Établissement public d'exercice	CLSC	31,5 (34)
	CH	30,6 (33)
	CR	26,9 (29)
	CHSLD	11,1 (12)
	Autres	8,3 (9)
Population desservie	Personnes âgées (> 60 ans)	59,3 (64)
	Adultes (20-60 ans)	51,9 (56)
	Pédiatrie (3-13 ans)	25,0 (27)
	Adolescents (13-20 ans)	13,9 (15)
	Petite enfance (< 3 ans)	10,2 (11)
	Autre	1,9 (2)
Clientèle principale	Santé physique	84,3 (91)
	Santé mentale	15,7 (17)

Figure 1 : Perception de la pratique en ergothérapie dans le contexte de la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux



Perception des répondants de leur pratique centrée sur la personne

À la question « Considérez-vous que votre pratique actuelle est centrée sur la personne ? », 88 % des répondants (n = 95) ont fourni des réponses. Parmi ceux-ci, 60 % (n = 57) ont répondu oui, 14,7 % (n = 14) ont répondu qu'ils ne savaient pas et 25,3 % (n = 24) ont répondu non.

Dans la justification de leur réponse, des 57 répondants qui ont répondu « Oui », 49,1 % (n = 28) estiment être centrés sur la personne puisqu'ils mettent à l'avant-plan la personne, ses besoins, ses attentes ainsi que ses choix pendant tout le processus ergothérapeutique. Toutefois, 42,1 % (n = 24) des répondants précisent dans leur justification qu'ils sont centrés sur la personne, mais que cette pratique subit des pressions diverses dans leurs milieux. Ensuite, 12,3 % (n = 7) des répondants mentionnent être centrés sur la personne, car ils la considèrent comme un partenaire en tout temps, et plus particulièrement lors de l'établissement des objectifs d'intervention, 3,5 % (n = 2) lorsqu'ils adoptent une vision holistique de cette dernière, 3,5 % (n = 2) lorsqu'ils s'assurent d'avoir son consentement aux soins, 3,5 % (n = 2) lorsqu'ils l'habilitent aux occupations et 3,5 % (n = 2) parce qu'ils ont une grande autonomie professionnelle dans leurs milieux. Enfin, 1,8 % (n = 1) est centré sur la personne parce qu'il a assez de temps pour ce faire, 1,8 % (n = 1) parce qu'il n'est pas encore touché par les restructurations et 1,8 % (n = 1) parce qu'il utilise le Modèle canadien de l'habilitation centrée sur le client (MCHCC).

Parmi les 14 répondants qui ont répondu « Ne sait pas », les raisons invoquées sont : la nécessité de donner congé rapidement à la personne recevant des services (n = 4), le manque de temps et de moyens (n = 5) ainsi que la présence de contraintes organisationnelles diverses (n = 6). Par ailleurs, 66,7 % (n = 16) des 24 répondants qui ont affirmé ne pas avoir une pratique centrée sur la personne précisent dans leur réponse que plusieurs contraintes organisationnelles dans leur milieu les en empêchent.

Représentation de la pratique centrée sur la personne

Les réponses à la question : « Que signifie pour vous avoir une préoccupation centrée sur la personne ? » ont fait l'objet d'une analyse de contenu, constituant 195 énoncés fournis par 90 répondants (83,3 % de l'échantillon de cette étude). Ces énoncés ont été classés en huit thèmes, soit : respecter la personne, établir un partenariat thérapeutique, habiliter aux occupations, demeurer centré sur les préoccupations de la personne malgré des pressions diverses, favoriser la congruence contextuelle, favoriser l'autonomie décisionnelle, adopter une vision holistique de la personne ainsi que collaborer de façon inter et intraprofessionnelle. Ces thèmes sont présentés dans le tableau 2, accompagnés d'exemples de verbatim qui se rattachent à chacun d'eux. Parmi les énoncés, 31,8 % (n = 62) font référence au respect de la personne, soit à l'importance d'offrir un service qui tient compte, entre autres, des besoins (n = 66), attentes (n = 14), désirs, préférences et aspirations (n = 8), valeurs (n = 3), activités signifiantes et intérêts (n = 13), des préoccupations et craintes de la personne dans le processus ergothérapeutique (n = 9), ainsi que du respect de son rythme de cheminement.

Tableau 2 : Représentation de la pratique centrée sur la personne des répondants grâce aux thèmes ressortis de l'analyse de contenu des verbatim

Thèmes	Proportion des énoncés des répondants (n = 195)	Verbatim
Respecter la personne	31,8 % (n = 62)	<p>« Intervenir/agir professionnellement auprès de nos clients en se centrant sur leurs besoins, leurs préoccupations, leurs défis, leurs réalités »</p> <p>« Avoir une intervention respectant le rythme du client, son cheminement »</p> <p>« Offrir un service qui répond aux attentes du client dans des délais qu'il juge raisonnables »</p> <p>« Respecter les choix et intérêts de l'utilisateur »</p>
Établir un partenariat thérapeutique	17,4 % (n = 34)	<p>« Considérer le client dans le processus thérapeutique »</p> <p>« Agir en partenariat avec [la personne], car elle est l'experte de sa propre personne »</p> <p>« Placer le client au centre des préoccupations »</p> <p>« La personne est au centre de notre évaluation, de notre intervention et de notre recommandation »</p> <p>« Considérer la personne comme un partenaire »</p> <p>« Éviter les interventions de type "expert" »</p> <p>« Travailler en collaboration avec les clients et leurs proches dans la mise en œuvre du plan d'intervention »</p>
Habiliter aux occupations	14,9 % (n = 29)	<p>« C'est amener les individus à vivre ce qu'ils souhaitent vivre et ce qu'ils choisissent »</p> <p>« Adapter mes interventions aux besoins et aux préférences du patient »</p> <p>« [Avoir] comme finalité une participation optimale aux activités [que la personne] considère significatives tout en visant une bonne qualité de vie »</p> <p>« Aider/guider la personne dans sa réadaptation »</p> <p>« Mettre en place les interventions qui sont les plus susceptibles de permettre au client d'atteindre les objectifs de suivi qu'il a identifiés comme étant significatifs pour lui »</p> <p>« Aider [la personne] à s'engager au niveau de ses occupations significatives »</p>
Demeurer centré sur les préoccupations de la personne malgré des pressions diverses	11,3 % (n = 22)	<p>« Pouvoir prioriser les objectifs du client avant ceux de l'organisation »</p> <p>« Répondre aux besoins spécifiques de la personne et non pas faire "fit" la personne dans les services offerts »</p> <p>« Faire passer les besoins de mon client avant les directives qui nous viennent d'en haut »</p> <p>« La personne devrait demeurer au cœur de nos préoccupations malgré toute la lourdeur administrative et politique »</p> <p>« Baser le service sur la personne, ses besoins, ses ressources et non pas en fonction des ressources financières ou humaines disponibles dans l'établissement »</p> <p>« Que mes actions professionnelles directes et indirectes soient pour le meilleur intérêt du patient, et non uniquement pour mon organisation, mon département ou mes intérêts personnels »</p>

Tableau 2 : Représentation de la pratique centrée sur la personne des répondants grâce aux thèmes ressortis de l'analyse de contenu des verbatim (suite)

Thèmes	Proportion des énoncés des répondants (n = 195)	Verbatim
Favoriser la congruence contextuelle	8,7 % (n = 17)	« Personnaliser mes interventions selon les individus » « En considérant l'ensemble des facteurs environnementaux et personnels de celui-ci » « Traiter chaque client de façon unique et non en fonction de son "diagnostic" en tenant compte de son environnement » « Que nos interventions tiennent compte des particularités de la personne, de ses désirs et du contexte dans lequel elle vit »
Favoriser l'autonomie décisionnelle de la personne	7,7 % (n = 15)	« C'est mettre notre client en avant-plan dans les décisions et les interventions » « Lui redonner le pouvoir des décisions de son plan d'intervention » « Donner l'information juste au client afin qu'il prenne une décision éclairée »
Adopter une vision holistique de la personne	5,6 % (n = 11)	« Tenir compte de l'individu dans sa globalité » « Essayer d'avoir une vision la plus holistique de sa réalité » « Pouvoir faire une évaluation holistique »
Collaborer de façon inter et intraprofessionnelle	1,0 % (n = 2)	« En collaborant avec l'équipe interdisciplinaire » « Permettre un travail d'équipe pour mieux orienter les services »

Perception de la facilité et de l'importance de la mise en application des éléments de la pratique centrée sur la personne

Plusieurs éléments de la pratique centrée sur la personne apparaissent très importants pour les répondants ainsi qu'on le voit dans le tableau 3 (prendre en considération les activités significatives dans l'établissement du plan d'intervention, écouter attentivement le patient, établir une alliance thérapeutique, soutenir et encourager l'engagement du patient et le respecter). Toutefois, certains éléments sont difficiles à mettre en pratique. Le tableau 3 fait valoir les éléments de la pratique centrée sur la personne que les répondants perçoivent comme faciles à appliquer et l'importance accordée à ces mêmes éléments. Force est de constater qu'écouter activement le patient, soutenir et encourager l'engagement du patient pendant tout le processus ergothérapique, respecter les valeurs du patient et établir une alliance thérapeutique avec celui-ci sont des éléments faciles à mettre en application dans leur contexte. En revanche, les éléments suivants apparaissent difficiles à appliquer pour les ergothérapeutes de l'étude : impliquer les proches du patient pendant tout le processus, que le patient établisse ses propres objectifs ainsi qu'avoir une perspective écologique de celui-ci.

Tableau 3 : Perception de la facilité et de l'importance de la mise en application des éléments de la pratique centrée sur la personne

Éléments reliés à la pratique centrée sur la personne	Facilité (%)	Importance (%)
Écouter activement le patient	87,1	96,8
Soutenir et encourager l'engagement du patient pendant tout le processus ergothérapeutique	80,6	96,8
Respecter les valeurs du patient	78,5	96,8
Établir une alliance thérapeutique avec le patient	76,3	96,8
Que le patient ait un rôle actif dans la thérapie et les interventions	69,2	94,7
Établir des objectifs conjointement avec le patient	68,9	94,7
Prendre en considération les activités significatives dans l'établissement du plan d'intervention	63,4	98,9
Reconnaître le patient comme étant l'expert de sa propre condition	62,4	89,1
Prendre en considération les occupations significatives du patient lors du choix des modalités thérapeutiques	60,2	94,7
Questionner le patient quant à ses expériences antérieures, ses rêves et ses espoirs	55,9	76,6
Impliquer les proches du patient pendant tout le processus	52,7	90,4
Que le patient établisse ses propres objectifs	41,9	81,9
Négocier les objectifs avec le patient	41,9	61,7
Avoir une perspective écologique du patient	37,6	72,3
Établir une relation d'autorité avec le patient	20,4	10,6

DISCUSSION

Les résultats de cette étude font valoir que, dans le contexte actuel du réseau de la santé et des services sociaux, la pratique des ergothérapeutes québécois se déploie d'une façon particulière. En effet, la majorité des ergothérapeutes de l'étude s'accordent sur le fait que dans le contexte actuel du réseau de la santé, ils doivent évaluer, intervenir et transférer les patients à un rythme plus rapide, font face à des directives fluctuantes pour l'organisation des services à l'intérieur de leur programme, sont contraints de donner des services fragmentés à la clientèle et font face à des incertitudes quant à leur rattachement à un programme. Ces résultats, soit de devoir réaliser une prise en charge plus rapide et d'être contraint d'offrir des services morcelés à la clientèle, correspondent en partie à ceux obtenus dans l'étude exploratoire de Marazzani et Brousseau (2001). Il apparaît donc que les ergothérapeutes se sentent soumis à des contraintes en contexte de restructuration. Toutefois, les résultats portent aussi à croire que les ergothérapeutes se sentent soumis aux mêmes contraintes quel que soit le moment ou la réforme. La présente étude ne permet pas de le préciser.

Les résultats font aussi valoir qu'un nombre élevé d'ergothérapeutes québécois ayant participé à l'étude n'estiment pas avoir une pratique centrée sur la personne. En

effet, un peu plus de la moitié considèrent mettre en pratique les principes de la pratique centrée sur la personne alors que près du quart rapportent le contraire. La justification de leur position quant à l'application des principes de la pratique centrée sur la personne met en lumière la présence d'éléments défavorables dans le contexte actuel. Ceci converge dans une certaine mesure avec les résultats de l'étude de Carrier, Levasseur, Freeman et Desrosiers (2016), qui avait montré que le contexte influence la pratique. Ce résultat surprend car la pratique centrée sur la personne est un fondement théorique de la profession. Considérant l'absence d'études similaires au Québec, il est pertinent de faire un lien avec l'étude de De Haerne et Brousseau (2018) dans laquelle 80 % des ergothérapeutes français jugeaient avoir une pratique centrée sur la personne. Cette différence laisse croire que les ergothérapeutes québécois sont ébranlés par leur contexte de travail. Il est possible que les ergothérapeutes soient dans une période d'adaptation face aux changements dans le contexte de la santé et des services sociaux, et que leur pratique en soit ébranlée. Toutefois, le devis utilisé dans l'étude actuelle ne permet pas de savoir si la restructuration est le principal élément en cause. Par la suite, l'analyse de contenu des représentations de la pratique centrée sur la personne des répondants expose que ces représentations sont analogues à celles des ergothérapeutes ailleurs dans le monde. Plus particulièrement, les énoncés des répondants québécois ont fait valoir le respect de la personne, le partenariat thérapeutique, l'habilitation aux occupations, la congruence contextuelle et l'autonomie décisionnelle de la personne comme étant des concepts primordiaux de la pratique centrée sur la personne. Ces concepts avaient aussi été mis en avant dans les définitions de cette pratique énoncées par Law, Baptiste et Mills (1995) ainsi que Sumsion (2000). Par ailleurs, l'analyse de contenu a fait ressortir un aspect singulier, spécifique au contexte des ergothérapeutes québécois. En effet, des énoncés précisent que, pour avoir une pratique centrée sur la personne, il est nécessaire de demeurer centré sur les préoccupations de la personne malgré des pressions diverses. Ainsi, la représentation de la pratique centrée sur la personne des ergothérapeutes québécois de l'étude est partiellement teintée par le contexte de la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux.

En plus, les résultats de la présente étude exposent la perception des répondants quant à la facilité et à l'importance de l'application des principes de la pratique centrée sur la personne. Les éléments qui apparaissent comme étant les plus difficiles à mettre en pratique bien qu'ils soient considérés comme importants par les répondants sont : impliquer les proches du patient pendant tout le processus ergothérapique, que le patient établisse ses propres objectifs ainsi qu'avoir une perspective écologique du patient. Ces résultats convergent avec l'étude de De Haerne et Brousseau (2018) sous certains aspects, entre autres, que les ergothérapeutes français et québécois accordent une importance élevée aux principes de la pratique centrée sur la personne. De plus, les éléments de la pratique centrée sur la personne perçus par les répondants français comme étant les plus difficiles à mettre en pratique sont aussi que les objectifs soient établis conjointement avec le patient et que les proches du patient soient impliqués pendant tout le processus ergothérapique. Cette similitude porte à croire que ces deux éléments de la pratique centrée sur la personne sont difficiles à mettre en pratique pour les deux groupes. Bien que les résultats aient été obtenus dans un contexte de restructuration des services, il n'est pas possible d'affirmer que le contexte y contribue particulièrement,

et ce, en raison du devis méthodologique à mesures uniques. Une étude longitudinale à mesures répétées permettrait d'en tirer de meilleures conclusions.

Finalement, les résultats de la présente étude indiquent que, bien que les principes de la pratique centrée sur la personne ne soient pas tous faciles à mettre en application, les ergothérapeutes québécois ayant participé à l'étude déploient des compétences professionnelles qui favorisent cette pratique. En effet, la majorité des répondants considèrent comme important d'écouter activement le patient, compétence permettant d'établir une relation de partenariat efficace (Sumsion et Law, 2006). D'ailleurs, la majorité des répondants estiment important d'établir une alliance thérapeutique avec le patient. Par ailleurs, la grande majorité des répondants estiment important de soutenir et d'encourager l'engagement du patient pendant tout le processus ergothérapique ainsi que de respecter ses valeurs. En effet, écouter activement la personne, établir une relation de partenariat, soutenir et encourager son engagement et la respecter représentent des compétences mises en avant dans le *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada* (ACE, 2012).

Cette étude est, à ce jour, une des seules études décrivant la pratique des ergothérapeutes québécois dans le contexte actuel avec un nombre important de répondants. Toutefois, l'étude présente certaines limites. Il est possible que l'échantillon ait été biaisé positivement en recrutant davantage des ergothérapeutes favorables à la pratique centrée sur la personne. Un autre biais de sélection se rattache à la modalité de recrutement des répondants. Elle exclut des ergothérapeutes qui ne sont pas membres du groupe Facebook. De plus, la nature exploratoire de l'étude fait que les résultats sont difficilement généralisables à l'ensemble des ergothérapeutes québécois.

CONCLUSION

Cette étude présente des résultats inédits en ce qui concerne la perception de l'application de la pratique centrée sur la personne dans le contexte actuel. Il a été mis en évidence que les répondants québécois considèrent que les services qu'ils donnent à la clientèle se voient modifiés dans le contexte actuel du réseau de la santé et des services sociaux. De plus, les résultats montrent que les répondants accordent de l'importance aux principes de la pratique centrée sur la personne, bien que certains d'entre eux ne soient pas faciles à appliquer. Ils poussent ainsi les ergothérapeutes à une remise en question pour trouver des moyens afin de faciliter l'application des principes de la pratique centrée sur la personne dans leur pratique clinique compte tenu de l'importance accordée à ceux-ci.

Il apparaît pertinent de poursuivre l'étude de la pratique centrée sur la personne dans le contexte actuel du réseau de la santé québécois par d'autres recherches. Il y aurait notamment lieu d'inclure la perception des personnes recevant des services en ergothérapie. Savoir ce qui est important pour eux changerait la perspective du travail en ergothérapie. De plus, une étude plus approfondie de la manière dont les

ergothérapeutes considérant avoir une pratique centrée sur la personne parviennent à l'adopter dans leur pratique quotidienne s'avèrerait enrichissante, en particulier pour fournir des pistes de solution dans le but de conserver cette pratique en dépit de circonstances défavorables.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS). (2017). *Ce que révèle notre sondage sur la santé psychologique de nos membres*. Récupéré à : https://www.aptsq.com/fr/nouvelle/ce-que-revele-notresondage-sur-la-sante-psychologique-de-nos-membres_3858.aspx?id_page_parent=12666
- Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS). (2018). *Rapport d'activités 2016-2018*. Récupéré à : <https://www.aptsq.com/axisdocument.aspx?id=30330&langue=fr&download=true>
- Association canadienne d'ergothérapie. (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Ottawa, ON : CAOT Publications ACE.
- Banks, S., Crossman, D., Poel, D. et Stewart, M. (1997). Partnerships among health professionals and self-help group members. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 64, 259-269. doi:10.1177/000841749706400317
- Braveman, B. H. et Fisher, G. S. (1997). Managed care: Survival skills for the future. *Occupational Therapy in Health Care*, 10(4), 13-31. doi:10.1080/07380579709168828
- Carrier, A., Levasseur, M., Freeman, A. et Desrosiers, J. (2016). Reddition de compte et optimisation de la performance : impacts sur le choix des interventions ergothérapeutiques. *Santé publique*, 28, 769-780. doi:10.3917/spub.166.0769
- Che Daud, A. Z., Judd, J., Yau, M. et Barnett, F. (2016). Issue in applying occupation-based intervention in clinical practice: A Delphi study. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 222, 272-282. doi:10.1016/j.sbspro.2016.05.158
- Coalition solidarité santé. (s. d.). *Revue médiatique sur le PL 10 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux par l'abolition des agences régionales, et sur les consultations particulières et auditions publiques sur le PL 10*. Récupéré à : <http://www.cssante.com/mode/490>
- Craik, J., Davis, J. et Polatajko, H. J. (2013). Présenter le Modèle canadien du processus de pratique (MCP) : déployer le contexte. Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko (dir.), *Habiliter à l'occupation. Faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2^e éd., version française N. Cantin). Ottawa, ON : CAOT Publications ACE.
- De Haerne, C. et Brousseau, M. (2017). Approche centrée sur la personne : résultats d'un sondage auprès d'ergothérapeutes français. Dans M. H. Iazard (dir.), *Expériences en ergothérapie. Trentième série* (p. 44-51). Montpellier : Sauramps Médical.
- De Haerne, C. et Brousseau, M. (2018). Les ergothérapeutes français ont-ils une approche centrée sur la personne ? *ergOTHérapies*, 69, 65-71.
- Fitzgerald, M. (2014). Maintaining professional identity and role in the modern workplace. *The British Journal of Occupational Therapy*, 77(8), 383-383. doi:10.4276/030802214X14071472109716
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e éd.). Montréal : Chenelière Éducation.
- Grenier, J. et Bourque, M. (2014). *L'évolution des services sociaux du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. La NGP ou le démantèlement progressif des services sociaux*. Récupéré à : http://aqdr.org/wp-content/uploads/fds/fds_3NGP_20150105.pdf
- Law, M., Baptiste, S. et Mills, J. (1995). Client-centred practice: What does it mean and does it make a difference? *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 62, 220-257. doi:10.1177/000841749506200504

- Lequerica, A. H., Donnell, C. S. et Tate, D. G. (2009). Patient engagement in rehabilitation therapy: Physical and occupational therapist impressions. *Disability & Rehabilitation*, 31(9), 753-760. doi:10.1080/09638280802309095
- Mackersy, A., Robertson, L. et McKay, W. (2003). Implications of the health reforms for occupational therapy fieldwork education. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 50(2), 28-33. doi:10.11120/pblh.2014.00020
- Marazzani, M. H. et Brousseau, M. (2001). Étude exploratoire des répercussions de la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux sur la pratique et la formation des ergothérapeutes au Québec. *Revue québécoise d'ergothérapie*, 10(1), 9-15.
- Mémoire interordres. (2014). *Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux relativement au projet de loi 10*. Récupéré à : <http://optmq.org/wp-content/uploads/2014/11/Memoire-interordres-Commission-parlementaire-Novembre-2014.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2014). *Projet de loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*. Récupéré à <http://www.pavillonduparc.qc.ca/wp-content/uploads/2014/09/R%C3%A9sum%C3%A9-du-projet-de-loi-101.pdf>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2017). *Rapport annuel*. Récupéré à : www.oeq.org/DATA/RAPPORTANNUEL/10~v~2016-2017.pdf
- Parker, D. M. (2012). *An Exploration of Client-Centred Practice in Occupational Therapy: Perspectives and Impact* (thèse de doctorat, School of Health and Population Sciences, University of Birmingham, Grande-Bretagne).
- Polatajko, H. J. et Davis, J. A. (2012). L'avancement de la pratique fondée sur l'occupation : interpréter la rhétorique. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 79, p. 259-263. doi:10.2182/cjot.2012.79.5.1
- Polatajko, H. J., Davis, J. A., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L. et Zimmerman, D. (2013). Préciser le domaine principal d'intérêt : l'occupation comme centralité. Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko (dir.), *Habiliter à l'occupation. Faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2^e éd., p. 15-44). Ottawa, ON : CAOT Publications ACE.
- Rathert, C., Wyrwich, M. D. et Boren, S. A. (2013). Patient-centered care and outcomes: A systematic review of the literature. *Medical Care Research & Review*, 70(4), 351-379. doi:10.1177/1077558712465774
- Rosenbaum, P., King, S., Law, M., King, G. et Evans, J. (1998). Family-centred service: A conceptual framework and research review. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 18(1), 1-20. doi:10.1080/J006v18n01_01
- Simard, K. et Brousseau, M. (2017). Description du déploiement des compétences professionnelles durant la première année de pratique en ergothérapie : perceptions d'ergothérapeutes novices. *Revue francophone de recherche en ergothérapie*, 3(1), 14-29. doi:10.13096/rfre.v3n1.52
- Sumsion, T. (1993). Client-centred practice: The true impact. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 60(1), 6-8. doi:10.1177/000841749306000103
- Sumsion, T. (2000). A revised occupational therapy definition of client-centred practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(7), 304-309. doi:10.1177/030802260006300702
- Sumsion, T. et Law, M. (2006). A review of evidence on the conceptual elements informing client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73(3), 153-162. doi:10.1177/000841740607300303
- Sumsion, T. et Smyth, G. (2000). Barriers to client-centredness and their resolution. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 67(1), 15-21.
- Tremblay, V. (2017). *Étude exploratoire des répercussions de la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux sur la pratique centrée sur la personne d'ergothérapeutes québécois* (Essai de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, Québec). Récupéré à : <http://depot-e.uqtr.ca/8266/1/031894542.pdf>
- Wilkins, S., Pollock, N., Rochon, S. et Law, M. (2001). Implementing client-centred practice: Why is it so difficult to do? *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68(2), 70-79. doi:10.1177/000841740106800203

ANNEXE : QUESTIONNAIRE

Étude exploratoire des répercussions de la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux sur la pratique centrée sur la personne d'ergothérapeutes québécois

Section 1 – Questions démographiques

1. Quel est votre sexe ?	Homme Femme
2. Quel âge avez-vous ?	
3. De quel niveau êtes-vous détenteur d'un diplôme en ergothérapie ?	Baccalauréat Maîtrise
4. Depuis combien d'années exercez-vous le métier d'ergothérapeute ?	
5. Exercez-vous le métier d'ergothérapeute au Québec ?	Oui Non
6. Dans quelle région exercez-vous ?	Bas-Saint-Laurent / Saguenay-Lac-Saint-Jean / Capitale-Nationale / Mauricie / Estrie / Montréal / Outaouais / Abitibi-Témiscamingue / Côte-Nord / Nord-du-Québec / Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine / Chaudière-Appalaches / Laval / Lanaudière / Laurentides / Montérégie / Centre-du-Québec
7. Exercez-vous le métier d'ergothérapeute dans un établissement public ?	Oui Non
8. Si oui, lequel ?	CH CHSLD CLSC CR Autre
9.auprès de quelle population exercez-vous majoritairement ?	Petite enfance (< 3 ans) Pédiatrie (entre 3 et 13 ans) Adolescents (entre 13 et 20 ans) Adultes (entre 20 et 60 ans) Personnes âgées (plus de 60 ans) Autre
10. auprès de quelle clientèle travaillez-vous ?	Santé physique Santé mentale

Section 2 – Restructuration du système de santé et des services sociaux

11. En vous servant de l'échelle de cotation suivante, évaluez de 1 à 7 (7 étant fortement en accord et 1 fortement en désaccord) votre niveau d'accord avec les énoncés ci-dessous s'apparentant à votre pratique en tant qu'ergothérapeute depuis la restructuration du système de santé.

1	2	3	4	5	6	7
fortement en désaccord	en désaccord	quelque peu en désaccord	ni d'accord ni en désaccord	quelque peu en accord	en accord	fortement en accord

- a. Faire face à des incertitudes quant à mon rattachement à un programme
 - b. Avoir peu d'occasions d'échanger avec d'autres ergothérapeutes
 - c. Faire face à un encadrement professionnel relâché
 - d. Faire face à un encadrement professionnel trop serré
 - e. Être contraint de donner des services morcelés à la clientèle
 - f. Faire face à des directives fluctuantes pour l'organisation des services à l'intérieur de mon programme
 - g. Devoir évaluer, intervenir et transférer les patients à un rythme plus rapide
 - h. Avoir l'opportunité de faire valoir la contribution de l'ergothérapie à l'intérieur de mon programme
 - i. Avoir l'opportunité de démontrer l'efficacité des interventions en ergothérapie
 - j. Avoir des opportunités de collaborations interprofessionnelles jusqu'alors non développées
 - k. Poursuivre des opportunités de collaborations interprofessionnelles déjà établies
 - l. Avoir l'occasion d'adopter les meilleures pratiques dans ma discipline
 - m. Faire preuve de créativité dans l'offre de services
 - n. Avoir l'opportunité d'exercer de nouveaux rôles dans ma pratique
 - o. Avoir une pratique centrée sur la personne
12. Si vous avez répondu entre 5 et 7 à l'élément « Avoir l'occasion d'exercer de nouveaux rôles dans ma pratique » à la question précédente, énumérez-les.

Section 3 – L'approche centrée sur la personne (inspiré de De Haerne et Brousseau, 2017)

13. Que signifie pour vous avoir une préoccupation centrée sur la personne ?
14. Considérez-vous que votre pratique actuelle est centrée sur la personne ?
- Oui
 - Non
 - Je ne sais pas
- Expliquez votre choix :

15. En vous servant de l'échelle de cotation suivante, évaluez de 1 à 7 l'importance des propositions énumérées ci-dessous dans votre pratique (7 étant extrêmement important et 1 pas du tout important).

1	2	3	4	5	6	7
fortement en désaccord	en désaccord	quelque peu en désaccord	ni d'accord ni en désaccord	quelque peu en accord	en accord	fortement en accord

- a. Établir des objectifs conjointement avec le patient
- b. Que le patient établisse ses propres objectifs
- c. Négocier les objectifs avec le patient
- d. Prendre en considération les occupations significatives et signifiantes du patient dans l'établissement du plan d'intervention
- e. Prendre en considération les occupations significatives du patient lors du choix des modalités thérapeutiques
- f. Avoir une perspective écologique
- g. Que le patient ait un rôle actif dans la thérapie et les interventions
- h. Respecter les valeurs du patient
- i. Écouter activement le patient
- j. Établir une relation d'autorité avec le patient
- k. Établir une alliance thérapeutique avec le patient
- l. Reconnaître le patient comme étant l'expert de sa propre condition
- m. Questionner le patient quant à ses expériences antérieures, ses rêves et ses espoirs
- n. Supporter et encourager l'engagement du patient pendant tout le processus ergothérapeutique
- o. Impliquer les proches du patient pendant tout le processus

16. En vous servant de l'échelle de cotation suivante, évaluez de 1 à 7 la facilité à mettre en pratique les éléments énumérés ci-dessous (7 étant extrêmement facile et 1 extrêmement difficile).

1	2	3	4	5	6	7
fortement en désaccord	en désaccord	quelque peu en désaccord	ni d'accord ni en désaccord	quelque peu en accord	en accord	fortement en accord

- a. Établir des objectifs conjointement avec le patient
- b. Que le patient établisse ses propres objectifs
- c. Négocier les objectifs avec le patient
- d. Prendre en considération les occupations significatives et signifiantes du patient dans l'établissement du plan d'intervention
- e. Prendre en considération les occupations significatives du patient lors du choix des modalités thérapeutiques

- f. Avoir une perspective écologique
 - g. Que le patient ait un rôle actif dans la thérapie et les interventions
 - h. Respecter les valeurs du patient
 - i. Écouter activement le patient
 - j. Établir une relation d'autorité avec le patient
 - k. Établir une alliance thérapeutique avec le patient
 - l. Reconnaître le patient comme étant l'expert de sa propre condition
 - m. Questionner le patient quant à ses expériences antérieures, ses rêves et ses espoirs
 - n. Supporter et encourager l'engagement du patient pendant tout le processus ergothérapeutique
 - o. Impliquer les proches du patient pendant tout le processus
17. Que faites-vous de particulier dans votre pratique de l'ergothérapie qui témoigne que vous avez une approche centrée sur la personne ?

Merci beaucoup pour votre temps et participation